

Руководителю

(наименование государственного учреждения
здравоохранения Санкт-Петербурга)

от _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

(дата рождения)

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства

Контактный телефон

Электронный адрес

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

в связи с заключением 01.06.2022 договора о целевом обучении и в соответствии со
статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»
даю согласие _____

(наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)
расположенному по адресу: _____

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку
моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, контактный
номер телефона, адрес электронной почты), а именно обработку и передачу
(предоставление) моих данных с использованием информационно-
телекоммуникационных сетей в Комитет по здравоохранению для последующего
предоставления в государственные образовательные учреждения высшего образования,
реализующие образовательные программы высшего образования в пределах квоты приема
на целевое обучение, ежегодно устанавливаемой Правительством Российской Федерации
для Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (далее – образовательные
учреждения) в целях обеспечения соблюдения законодательства Российской Федерации
при взаимодействии с образовательными учреждениями в рамках Постановления
Правительства РФ от 13.10.2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным
программам среднего профессионального и высшего образования».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в
письменной форме.

01.06.2022

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)